

(56)

Okulistyczne przyczyny patologicznego łzawienia u pacjentów diagnozowanych i leczonych w Poradni Przyklinicznej Kliniki Okulistycznej WIM

Causes of epiphora in diagnosed and treated patients in Department of Ophthalmology in Military Institute of Health Service

Radostaw Różycki¹, Aleksandra Jakubaszek¹, Artur Maliborski²

¹ Z Kliniki Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

² Z Zakładu Radiologii Lekarskiej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. Romana Bogusławska

Summary:

Purpose: Analysis of causes of epiphora in patients which have been examined in Department of Ophthalmology in Military Institute of Health Service from 2004 to 2007.

Material and methods: The study has comprised 330 subjects: 241 women and 89 men (mean age 58.85 ± 19.93 years). All patients have been examined because of epiphora (eyelid and lacrimal punctum position, medial canthal tendon laxity – horizontal resting position, lateral distraction test, fluorescein dye disappearance test, syringing of the upper and lower canaliculus, dacryocystography and/or lacrimal scintigraphy).

Results: There have been 3% patients with epiphora who have been examined in our clinic. Duration of epiphora has been mean 39.24 months. The main causes of epiphora have been: primary acquired nasolacrimal duct obstruction, idiopathic acquired dacryostenosis, punctal stenosis (22.42%, 19.7%, 19.09%), and rare: diverticulum, punctal papilloma, stenosis after radiotherapy, Recklinghausen's disease.

Conclusions: The correct diagnosis is the condition for the proper planning of the therapy schedule. Epiphora is frequent and annoying symptom.

Słowa kluczowe:

patologiczne łzawienie, niedrożność dróg łzowych, dakryocystografia, pierwotna nabyta niedrożność przewodu nosowo-łzowego.

Key words:

epiphora, lacrimal duct obstruction, dacryocystography, primary acquired nasolacrimal duct obstruction.

Wstęp

Nadmierne łzawienie jest częstym objawem patologicznym, trudnym problemem diagnostycznym i powodem niezadowolenia z leczenia zarówno pacjenta, jak i lekarza. Nowe metody badawcze umożliwiają nam poszerzanie wiedzy na temat prawidłowego funkcjonowania dróg odpływu łez i ich patologii. To powoduje, że coraz lepiej poznajemy przyczyny łzawienia, a interpretacja dodatkowych badań i obranie prawidłowego kierunku postępowania leczniczego są łatwiejsze. Głównymi przyczynami nadmiernego łzawienia są nadmierna produkcja łez i nadmierne ich wydzielanie, niedrożność dróg łzowych oraz niewydolność pompy łzowej zwana blokiem czynnościowym (1).

Zwiększona sekrecja łez najczęściej jest związana ze schorzeniami powierzchni gałki ocznej. Ważna jest umiejętność poszukiwania przyczyn takiego stanu, ponieważ postępowanie terapeutyczne jest inne niż w przypadku niedrożności dróg łzowych. Różnica polega na tym, że w pierwszym przypadku stosujemy leczenie farmakologiczne, w drugim zaś często niezbędne jest postępowanie chirurgiczne (2).

Spośród przyczyn nadmiernego wydzielania łez wyróżniamy pobudzenie ośrodków nadjądrowych (uczucie emocji, płacz), od-

ruchową stymulację zakończeń czuciowych nerwu V – choroby brzegu powiek (gronkowcowe przewlekłe zapalenie brzegów powiek), choroby spojówek (alergiczne zapalenie spojówek), choroby rogówki (zespół suchego oka, ciało obce rogówki, zapalenie rogówki), zapalenie przedniego odcinka błony naczyniowej, regenerację porażonego nerwu twarzowego (tzw. krokodyle łzy), stymulację gruczołu łzowego (zapalenie gruczołu łzowego, leki zwiększające napięcie układu przywspółczulnego), inne czynniki, takie jak: jaskrawe światło, kichanie, ziewanie (3).

Statystycznie dokuczliwe łzawienie najczęściej występuje w przypadku chorób powierzchni gałki ocznej, w tym zapalenia brzegów powiek i zespołu suchego oka. Objawy w tych przypadkach są przewlekłe, obustronne i wymagają długich okresów przyjmowania leków, ale uwolnienie od objawów choroby podstawowej eliminuje nadmierne łzawienie. Patologiczne łzawienie (ang. epiphora) jest wynikiem zmniejszonego odpływu łez, z wyłączeniem przyczyny nadmiernego wydzielania łez. Patologiczne łzawienie może być zaburzeniem zarówno wrodzonym, jak i nabytym; najczęstszą przyczyną jego występowania, w pierwszych dwóch latach życia, jest wrodzona niedrożność przewodu nosowo-łzowego. Natomiast u dorosłych najbardziej

powszechnymi zaburzeniami są: pierwotna niedrożność przewodu nosowo-łzowego oraz nieprawidłowości w położeniu powiek, zwłaszcza powieki dolnej. Patogeneza niedrożności przewodu nosowo-łzowego nie jest do końca wyjaśniona. Prawdopodobnie jest związana z przewlekłym zapaleniem i postępującym zwłóknieniem błony śluzowej w części kostnej przewodu nosowo-łzowego.

Według Lindberga patologiczne łzawienie stanowi około 3% wszystkich dolegliwości, z którymi pacjenci zgłaszają się po poradę okulistyczną. Zazwyczaj początek występowania objawów przypada po 40. roku życia (4). Częściej chorują kobiety.

Najtrudniej jest rozpoznać patologiczne łzawienie związane z blokiem czynnościowym i je leczyć. Odnosi się ono do występowania łzawienia w sytuacji, gdy drogi łzowe są w pełni drożne i wyklucza się inne przyczyny nadmiernego wydzielania łez. Najczęściej patogenezę niewydolności dróg łzowych tłumaczy się spadkiem siły mięśnia okrężnego oka związanym z wiekiem pacjenta oraz wzrostem oporu w drogach łzowych w wyniku zwężenia przewodu nosowo-łzowego.

Z gromadzeniem nadmiaru łez w worku spojówkowym wiąże się skłonność do wielu patologii, między innymi do nawracających infekcji, przewlekłego zapalenia brzegów powiek, patologii rogówkowych, pogorszenia ostrości widzenia.

Ponadto efekt pryzmatyczny, który powstaje poprzez zwiększony menisk łzowy na dolnej powiece, powoduje, że praca z bliskiej odległości staje się bardzo frustrująca i uciążliwa.

Cel

Celem pracy jest analiza okulistycznych przyczyn patologicznego łzawienia u pacjentów diagnozowanych i leczonych w Poradni Przyklinicznej Kliniki Okulistycznej WIM w okresie od stycznia 2004 roku do grudnia 2007 roku.

Materiał i metodyka badań

Analizie poddano chorych w przedziale wiekowym od 6 miesięcy do 89 lat, średnio 58,85 roku \pm 19,93. Kobiety stanowiły 73,03% pacjentów (241), a mężczyźni – 26,97% (89). Od każdego chorego zebrano wywiad nt. okoliczności pojawienia się nasilonego patologicznego łzawienia i stopnia jego nasilenia oraz czasu trwania i dotychczasowego leczenia. Poza tym chorych pytano o występowanie stanów zapalnych w obrębie narządu wzroku, jamy nosowej i zatok obocznych nosa, a także o choroby narządu wzroku, przebyte operacje okulistyczne, laryngologiczne i urazy doznane w przeszłości. U każdego pacjenta przeprowadzono badanie okulistyczne mające na celu ustalenie przyczyny patologicznego łzawienia. Obejmowało ono:

- badanie przedniego odcinka w biomikroskopie,
- ocenę powiek i punktów łzowych,
- ocenę stopnia rozluźnienia powieki dolnej,
- stopień rozluźnienia więzadła przysrodkowego (na podstawie rzutu punktu łzowego na ustawioną na wprost gałkę oczną),
- test zanikania barwnika z użyciem 1 kropli 2% fluoresceiny podanej do worków spojówkowych obojga oczu,
- test kanalikowy, polegający na podaniu do dróg łzowych 1 ml soli fizjologicznej,
- dakrocystografię i/ lub scyntyografię dróg łzowych.

Z badania wykluczono chorych, u których stwierdzono łzawienie będące wynikiem schorzenia powierzchni gałki ocznej (8 osób).

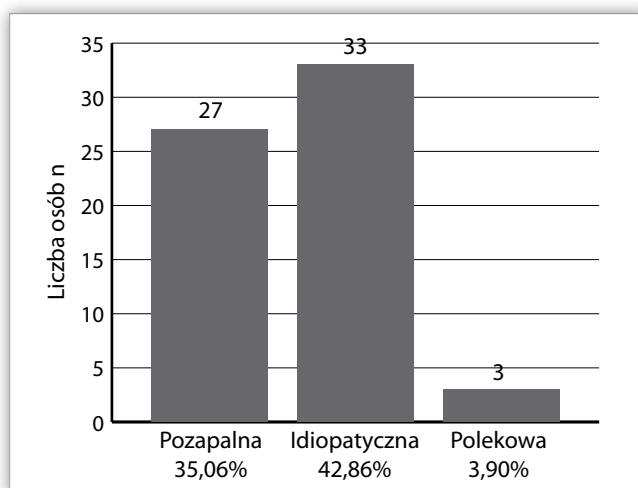
Wyniki

Grupę badanych pacjentów tworzyło 3% osób zgłaszających się po poradę do Poradni Przyklinicznej Kliniki Okulistycznej WIM w okresie od stycznia 2004 roku do grudnia 2007 roku. Łzawienie trwało średnio 39,24 miesiąca.

Tabela I przedstawia przyczynę patologicznego łzawienia, liczbę i odsetek osób chorujących, a także ilustruje poszczególne schorzenia.

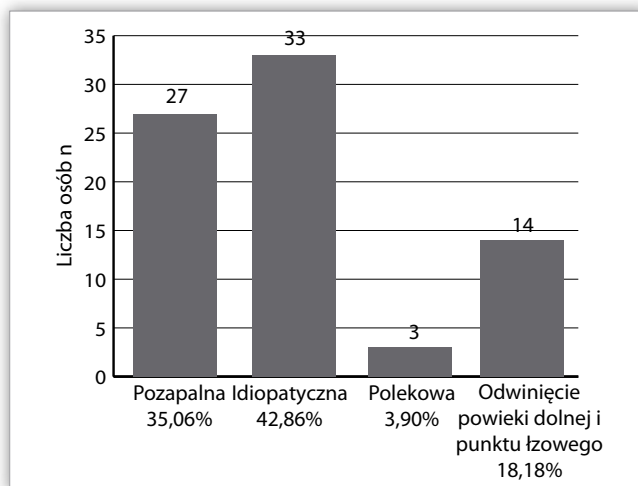
Spośród przyczyn wrodzonych najczęstsza była wrodzona niedrożność przewodu nosowo-łzowego (9 pacjentów), natomiast u jednego chorego patologiczne łzawienie było spowodowane wrodzonym brakiem punktów łzowych i kanalików.

Stenozy punktów łzowych stanowiły 19,09% przyczyn patologicznego łzawienia. U tych pacjentów postanowiliśmy ustalić prawdopodobną przyczynę niedrożności dróg łzowych spowodowaną tym schorzeniem. Wyniki przedstawiają ryciny 1, 2.

















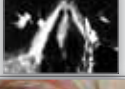



Ryc. 1. Przyczyny stenozy punktu łzowego.

Fig. 1. Causes of acquired external lacrimal point stenosis.



Ryc. 2. Przyczyny stenozy punktu łzowego z włączeniem odwinięcia powieki dolnej i punktu łzowego.

Fig. 2. Causes of acquired external lacrimal point stenosis including eyelid and point ectropion.

Lp	Przyczyna patologicznego łzawienia/ Cause of pathological epiphora	Liczba osób (n)/ Number of patients (n)	Odsetek osób (%)/ Percentage of patients (%)	Obraz ilustrujący schorzenie/ Pathology image
1.	Pierwotna nabyta niedrożność przewodu nosowo-łzowego/ Primary acquired nasolacrimal duct obstruction	74	22,42	
2.	Idiopatyczna nabyta niedrożność woreczkowa/ Idiopathic acquired dacryostenosis	65	19,70	
3.	Stenoza punktu łzowego/ Punctal stenosis	63	19,09	
4.	Zapalenie kanalików łzowych/ Canaliculitis	24	7,27	
5.	Ostre zapalenie woreczka łzowego/ Dacryocystitis	19	5,76	
6.	Pourazowa niedrożność dróg łzowych/ Traumatic obstruction of lacrimal drainage	17	5,15	
7.	Odwinięcie powieki dolnej i punktu łzowego/ Eyelid and punctum ectropion	14	4,24	
8.	Pozapalna niedrożność kanalikowa/ Post-inflammatory canalicular stenosis	11	3,33	
9.	Niewydolność dróg łzowych/ Lacrimal drainage failure	11	3,33	
10.	Wrodzona niedrożność dróg łzowych/ Congenital lacrimal drainage obstruction	10	3,03	
11.	Pooperacyjna niedrożność dróg łzowych/ Lacrimal drainage system obstruction after surgical treatment	8	2,42	
12.	Guz dróg łzowych/ Tumor of lacrimal drainage system	5	1,52	
13.	Idiopatyczna niedrożność kanalikowa/ Idiopathic canalicular stenosis	3	0,91	
14.	Zwężenie kanalika łzowego/ Functional canaliculus' stenosis	2	0,61	
15.	Uchylek woreczka łzowego/ Diverticulum of tear sac	1	0,30	
16.	Brodawczak punktu łzowego/ Papilloma of lacrimal point	1	0,30	
17.	Stan po radioterapii/ Stenosis after radiotherapy	1	0,30	
18.	Nerwiakowłóknikowatość/ Recklinghausen's disease	1	0,30	

Tab. I. Przyczyny patologicznego łzawienia.

Tab. I. Causes of pathological epiphora.

Omówienie

W wielu pracach wykazywano, że z powodu patologicznego łzawienia statystycznie częściej niż mężczyźni cierpią kobiety (5). W badanej grupie u M.W. Lee-Winga kobiety stanowiły 71,1% pacjentów, a mężczyźni – 28,9%; średni wiek chorych wynosił 60,7 roku, podobnie jak wiek pacjentów przedstawianych w naszej pracy (kobiety – 73,03%, mężczyźni – 26,97%; średni wiek chorych 58,85 roku \pm 19,93) (6). Nie jest znana przyczyna takiego stanu rzeczy, konieczne są dalsze badania i analizy. Powodem mogą być różnice w budowie anatomicznej struktur odpływu łez u kobiet i u mężczyzn, czynniki hormonalne, częstsze stosowanie kosmetyków.

W chwili zgłoszenia się po poradę nasi pacjenci informowali, że łzawienie trwa średnio 39,24 miesiąca. Ten długi czas występowania łzawienia pokazuje, że istnieją trudności z prawidłowym postawieniem diagnozy i, co się z tym wiąże, właściwym leczeniem. Na podobny czas trwania objawów – 33,1 miesiący (7) – wskazują badania Yaziciego, Hammad, Meyera.

W naszej pracy pacjenci, u których przyczyną patologicznego łzawienia jest pierwotna nabyta niedrożność przewodu nosowo-łzowego, stanowią największą grupę chorych ($n = 74$, 22,42%). Paulsen i wsp. podkreślają, że idiopatyczna niedrożność woreczkowa może się łączyć z niedrożnością przewodu nosowo-łzowego i że są one synonimami. Etiologia tego schorzenia pozostaje nieznaną. Niedrożności te mogą być wywołane przez zakażenia, których źródłem jest stan zapalny oka lub nosa, zapoczątkowujący obrzęk błony śluzowej, remodelujący strukturę spiralną włókien tkanki łącznej, powodujący czasowy zastój w układzie odprowadzającym łzy. Ponadto zapalenie prowadzi do zmian nabłonkowych i podnabłonkowych, które powodują całkowite zwłóknienie światła przewodu, manifestujące się jego niedrożnością w trakcie badania (8). Na podstawie tych faktów stwierdziliśmy, że u większości naszych pacjentów przyczyną niedrożności jest idiopatyczna (idiopatyczna niedrożność woreczkowa, pierwotna nabyta niedrożność przewodu nosowo-łzowego). Ci pacjenci stanowią dużą grupę chorych (odpowiednio $n = 65$, 19,7% i $n = 74$, 22,42%).

Wrodzona niedrożność przewodu nosowo-łzowego jest najczęstszą patologią w mechanizmie odpływu łez, spowodowaną zazwyczaj przez błonę zamykającą zastawkę Hasnera lub pokrywającą nosowy koniec przewodu nosowo-łzowego. Kliniczne objawy występują u 2-6% noworodków (9,10). W naszym materiale niedrożności dróg łzowych spowodowane przyczynami wrodzonymi stanowią tylko 3,03% wszystkich przyczyn patologicznego łzawienia. Spowodowane jest to tym, że poradnia okulistyczna jest poradnią dla osób dorosłych i konsultacje dzieci oraz ich leczenie rzadko mają miejsce. Niemniej jednak spośród dziesięciu pacjentów z wrodzoną wadą układu odprowadzającego łzy u dziewięciu osób stwierdziliśmy niedrożność przewodu nosowo-łzowego, co ma potwierdzenie w piśmiennictwie.

Stenoza punktów łzowych jest częstą przyczyną patologicznego łzawienia. Istnieje wiele czynników prowadzących do objawowego zwężenia punktów łzowych, np.: infekcje, stosowanie leków, nieprawidłowe położenie punktów, zmiany inwolucyjne spowodowane starzeniem się, urazy, guzy. Spośród naszych pacjentów 19% ma stenozę punktów łzowych ($n = 63$). Należałoby także w tym miejscu zwrócić uwagę na pacjentów, u których występowało odwinięcie powieki dolnej i punktu łzowego ($n = 14$, 4,24% wszystkich pacjentów). Porównując wyniki badań Kashkouli i wsp. za-

uważamy, że nabyta stenoza punktu łzowego była spowodowana przewlekłym zapaleniem powiek, idiopatyczną przyczyną, odwinięciem powieki i punktu łzowego, stosowaniem leków (odpowiednio 45%, 27%, 23%, 5%) (11).

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy wysnuto następujące wnioski:

1. w większości przypadków przyczyna patologicznego łzawienia pozostaje nieznaną,
2. patologiczne łzawienie jest częstym i dokuczliwym objawem u pacjentów zgłaszających się po poradę okulistyczną,
3. postawienie prawidłowej diagnozy pozwala we właściwy sposób zaplanować postępowanie terapeutyczne,
4. wielomiesięczne wywiady chorobowe dotyczące patologicznego łzawienia wskazują na konieczność wykonywania badań diagnostycznych w kierunku prawidłowego odpływu łez.

Piśmiennictwo:

1. Kański JJ: *Okulistyka kliniczna*. Wydanie II Wrocław, 2005, 43-55.
2. Olver J: *Colour Atlas of Lacrimal Surgery*. Wydanie I, 2002, 29-37.
3. Filipowicz-Banachowa A: *Łzawienie a niedrożność dróg łzowych*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 1989.
4. Lindberg JV, McCormick SA: *Primary Acquired Nasolacrimal Duct Obstruction: A Clinicopathologic Report and Biopsy Technique*. *Ophthalmology* 1986, 93, 1055-1063.
5. Hurwitz JJ, Maisey MN, Welham RAN: *Quantitative lacrimal scintillography. I. Method and physiological application*. *Br J Ophthalmol* 1975, 59, 308-312.
6. Lee-Wing MW, Ashenurst ME: *Clinicopathologic Analysis of 166 Patients with Primary Acquired Nasolacrimal Duct Obstruction*. *Ophthalmology* 2001, 108, 2038-2040.
7. Yazici B, Hammad AM, Meyer DR: *Lacrimal sac Dacryoliths Predictive Factors and Clinical Characteristics*. *Ophthalmology* 2001, 108, 1308-1312.
8. Paulsen FP, Thale AB, Maune S, Tillmann BN: *New Insight into the pathophysiology of Primary Acquired Dacryostenosis*. *Ophthalmology* 2001, 108, 2329-2336.
9. Latalska M: *Identyfikacja flory bakteryjnej spojówek towarzyszącej wrodzonej niedrożności przewodu nosowo-łzowego u dzieci*. *Klinika Oczna* 2005, 107, 83-85.
10. Pecold K, Krawczyński M: *Basic and clinical Science Course. Część 7. Oczodół, powieki i układ łzowy*. Wydanie I polskie Wrocław, 2005, 273-281.
11. Kashkouli MB, Beigi B, Murthy R, Astbury N: *Acquired External Punctal Stenosis: Etiology and Associated Findings*. *Am J Ophthalmol* 2003, 136, 1079-1084.

Praca wpłynęła do Redakcji 20.04.2009 r. (1119)

Zakwalifikowano do druku 30.10.2009 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):

dr n. med. Radosław Różycki
Wojskowy Instytut Medyczny
Klinika Okulistyczna
ul. Szaserów 128
00-909 Warszawa
e-mail: rrozycki@wim.mil.pl